

20

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 29 Avril 1908, à 1 heure

PAR

Paul MAURIOS

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

L'Acné Ortiée de Kaposi

Président: M. GAUCHER, professeur

Juges

MM. PINARD, professeur

MARCEL LABBÉ, agrégé

COUVELAIRE, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE, ÉDITEUR

15, RUE RACINE, 15

—
1908

202

ANNÉE 1908

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 29 Avril 1908, à 1 heure

PAR

Paul MAURIOS

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

L'Acné Ortiée de Kaposi

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges

MM. PINARD, *professeur*
MARCEL LABBÉ, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE, ÉDITEUR

15, RUE RACINE, 15

1908



A MON PÈRE

*En souvenir de tous les sacrifices
consentis pour moi.*

AU DOCTEUR HENRI FOURNIER

*Hommage de reconnaissance
et de respectueuse affection.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur

L'Acné ortiée de Kaposi

INTRODUCTION

Au mois de juin de l'année 1907, entrant à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, une malade que l'on reconnut atteinte, après un examen approfondi, de l'affection décrite par Kaposi sous le nom d'acné ortiée.

Notre maître, le Dr Balzer, dont nous étions l'externe, en nous confiant le soin de suivre cette malade, abandonna pour lui-même le plaisir de la présenter à la Société de Dermatologie et nous suggéra l'idée de faire de l'étude de cette affection le sujet de notre thèse inaugurale.

Après deux années d'externat passées dans son service, nous sommes heureux de saisir cette occasion pour remercier notre excellent maître et l'assurer de notre respectueux dévouement.

Mais nous tenons tout d'abord au début de ce travail à rendre hommage à nos maîtres dans les hôpitaux et à leur dire ici toute notre reconnaissance.

Nous sommes heureux à la fin de nos études médicales de pouvoir nous dire l'élève :

De MM. Thiery, Lejars, Mauclore, chirurgiens
des Hôpitaux ;

De MM. Dalché, Florand, Guinon, Netter, médecins
des Hôpitaux ;

De M. Doléris, accoucheur de l'Hôpital Boucicaut, membre de l'Académie de Médecine.

Que M. le professeur Gaucher veuille bien accepter tous nos remerciements pour son bienveillant accueil et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE. — DÉNOMINATION

En donnant comme titre à notre travail le nom d'acné ortiée, nous n'avons fait que suivre les différents auteurs qui, la plupart, n'acceptent ce titre que pour le rejeter en fin de compte dans leurs conclusions.

Si l'on suit l'ordre chronologique Bronson (*Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, 1891) décrit sous le nom d'acné ulcérons un cas se rapportant exactement à la description de Kaposi deux ans avant que celui-ci ne proposât le nom d'acné ortiée pour l'affection qui nous occupe. Fordyce, deux mois après, en faisait l'étude anatomo-pathologique, macroscopique et histologique et remarquait déjà l'absence de lésion du follicule pileux.

La description de Kaposi donna lieu en Allemagne à une série de travaux et il est remarquable de constater que chaque auteur aboutit à des conclusions différentes.

Pour Jarisch, le nom donné par Kaposi est mal choisi, la lésion folliculaire n'étant pas évidente ; il pense d'après un cas qu'il a observé qu'il faut regarder cette affection comme une gangrène multiple et idiopathique de la peau et la rapprocher de l'urticaire gangréneuse.

Ehrmann, se plaçant à un même point de vue, décrit l'acné ortiée comme une anomalie de fonctions de la glande ; et il est d'avis que cette affection offre vraisemblablement l'aspect d'une urticaire, résultat d'une auto-intoxication.

Kreibich, à son tour, fait de l'acné ortiée une maladie à part et la décrit après les différentes sortes d'acnés.

Touton, en 1898, provoque au Congrès allemand de Strasbourg une discussion générale sur les acnés, et l'affection de Kaposi est rejetée en fin de compte du cadre des acnés.

Puis viennent l'étude de Lowenbach, assez heureux pour pouvoir examiner microscopiquement les lésions de la peau, et enfin l'étude de Waelsch qui résumant les travaux parus jusqu'à cette époque (1904), arrive à faire de la maladie de Kaposi « une urticaire chronique récidivante avec nécrose superficielle par troubles circulatoires ».

En France les travaux parus sur cette question sont peu nombreux. M. Brocq (1) seul, cite les travaux de Kaposi et des auteurs allemands et semble se rallier à la fin de sa description à l'opinion de Waelsch sur la nature de la maladie.

1. Brocq. *Traité élémentaire de Dermatologie pratique* 1907, t. II, p. 35 note.

ETUDE CLINIQUE

« Sous le nom d'aéné urticante, dit Brocq (1), Kaposi a décrit une forme morbide caractérisée par des sortes d'élevures, d'un rouge plus ou moins vif, d'une grosseur qui varie de celle d'un pois à celle d'une aveline, assez nettement circonscrite quoique leur base soit d'un rouge un peu diffus, faisant une saillie notable au-dessus du niveau du derme ; nodulaires et donnant au toucher une sensation marquée d'infiltration. Tout à fait au début elles présentent parfois au centre un petit soulèvement de l'épiderme par de la sérosité purulente. Elles sont presque toujours le siège de prurit, de brûlures, de cuissons, d'élançements, de picotements ; aussi les malades ont-ils une tendance impérieuse non seulement à les gratter et à les écorcher, mais encore à les creuser au centre avec leurs ongles ou avec un instrument quelconque pour en faire sortir le germe morbide qu'ils s'imaginent y exister.

« Les éléments éruptifs prennent alors un aspect tout à fait spécial avec leur centre excorié, parfois profondément creusé et recouvert d'une croûte noi-

1. Brocq. *Dermat. prat.*, t. II, p. 35 note.

râtre adhérente, avec leur périphérie rouge, leur consistance dure. Peu à peu, le processus se calme, le prurit et la brûlure diminuent, l'induration s'affaïssit et il reste une cicatrice déprimée, d'abord brunâtre, puis peu à peu moins foncée, parfois blanchâtre au centre, pigmentée à la périphérie indélébile et ressemblant à de très grosses cicatrices de variole. »

Telle est la description que nous trouvons dans la *Dermatologie pratique*. Nous allons la reprendre à notre tour en la développant,

Age. Sexe. — L'affection qui nous occupe n'a pas encore été observée dans l'enfance et dans la première jeunesse. Et si le sexe est indifférent, en ce sens que les observations d'hommes ou de femmes se balancent par le nombre, il semble que l'âge où l'on voit plus volontiers cette maladie soit entre vingt et quarante ans.

Nous ne croyons pas que l'acné ortiée soit sous la dépendance d'une hérédité pathologique quelconque. Chez notre malade il n'y avait aucune remarque à faire à ce point de vue, et d'un autre côté parmi les observations connues, les antécédents héréditaires ne montrent rien d'anormal ou sont omis, non par oubli, pensons-nous, mais plus vraisemblablement sans doute parce qu'ils n'offraient rien digne d'être noté.

Il n'en est pas de même pour l'hérédité personnelle ou *l'état constitutionnel du malade*. On a tantôt affaire à un sujet nerveux, impressionnable à l'excès, chose que nous rencontrons dans l'observation com-

muniquée par notre maître M. Balzer et dans une observation personnelle.

L'état du tube digestif semble aussi dans quelques cas jouer un rôle prépondérant. Kaposi a noté la dyspepsie, Touton la constipation. Puis on a quelquefois affaire à un mauvais état général : anémie (Touton), chlorose (Waelsch). Enfin chez la femme nous voyons que les auteurs allemands notent fréquemment des troubles du côté des organes génitaux (Kaposi, Waelsch). Les règles sont irrégulières, douloureuses et abondantes ; et ce qui montre bien que ces troubles de la menstruation ont une influence réelle sur l'affection cutanée, c'est que celle-ci disparut dans un cas en soignant uniquement l'affection gynécologique.

Si l'étiologie de l'affection peut être différente suivant les cas, son début est loin d'offrir la même variété. *Le prurit* est le premier en date des symptômes. Tout d'abord, dit Waelsch, un léger prurit attire l'attention du malade. Prurit localisé et que quelquefois un léger frottement du doigt peut arrêter ; à ce moment, il n'y a encore aucune lésion visible du tégument, cependant, localement on peut sentir une induration légère qui augmente lentement. Puis le prurit devient plus intense, le malade est amené irrésistiblement à la nécessité de se gratter et la papule apparaît. Interrogés, les malades savent employer des expressions faisant image et rendant bien l'intensité prurigineuse. Tantôt ils ont la sensation d'un corps étranger sous la peau (Bronson) ; mais la comparaison la plus fréquente est la sensation de brûlure. Pour essayer de

calmer cette souffrance, leurs ongles ne leur suffisent pas; ils se mordent, se grattent avec la pointe d'un canif, ou avec une aiguille. Et les malades n'arrivent à avoir leur tranquillité, que lorsqu'ils ont gratté « jusqu'au sang » l'éruption dont nous allons maintenant faire l'étude.

Elle peut apparaître en maints endroits et, dans l'observation de Lowenbach, nous la voyons signalée dans l'étendue des deux avant-bras, au bras gauche, région axillaire des deux côtés, régions sous-claviculaires, cuir chevelu et front, dans le dos le long de la colonne vertébrale jusqu'au coccyx, autour de l'anus, aux deux régions inguinales et aux genoux. Mais chose digne de remarque, dans ce cas particulier, l'éruption qui avait touché un peu partout avait respecté la région où elle se voit le plus fréquemment : le visage. C'est en effet au visage que l'acné ortiée se présente le plus régulièrement puis — et nous suivons alors la description de Kaposi — viennent, par ordre de fréquence, le front, le nez, le menton, le cuir chevelu, la nuque, la partie supérieure du dos et de la poitrine. Les caractères de l'éruption varient aussi avec la région considérée. A la face les éléments peuvent être nombreux, sur le reste du corps au contraire, les éléments sont plus disséminés; deux, trois éléments suffisent quelquefois pour provoquer le plus violent prurit dans une région.

Quelle que soit sa localisation, l'éruption se caractérise par de petites papules pâles, légèrement teintées, au moins à leur début; le prurit diminue bien un

peu à ce moment, mais il n'en reste pas moins une grande gêne pour le malade qui se gratte alors, et du sommet des papules écorchées s'écoule une petite quantité de sérosité claire. Mais le grattage dépasse souvent le but et le sommet de la papule se recouvre alors d'une croûte sanglante, quelquefois il y a aussi du pus. Non grattée la papule grossit lentement ; elle est d'ailleurs très variable comme grosseur ; tantôt on la compare à une lentille (Waelsch) ou à un pois ; Touton a vu l'éruption aller de la grosseur de 1 pfennig à celle d'une pièce de 20 pfennigs. Les parties périphériques de la papule sont alors légèrement rouges, indurées, en relief, le centre beaucoup moins rouge plus déprimé qu'au début, laisse voir une gouttelette séreuse qui se dessèche et forme une petite croûte. Sous celle-ci la papule s'affaisse et au bout de quelques jours avec la diminution du prurit la croûte tombe et alors apparaît une cicatrice blanche quelque peu creuse.

La cicatrice blanche que laisse l'éruption est d'ailleurs entourée le plus souvent d'un cercle foncé, brunâtre, il arrive même aussi que la papule ne laisse, comme trace de son évolution, qu'une tache pigmentée sombre.

Ainsi donc localement l'affection se caractérise par un prurit pré-éruptif violent, et par une papule teintée rose ou rouge, à base légèrement indurée et qui peut présenter à son sommet une toute petite gouttelette de sérosité. Les caractères de cette papule, changeant

d'ailleurs, si le malade empêche l'évolution normale par le grattage.

Ordinairement cette lésion se développe seule, mais il peut arriver, comme nous l'avons vu chez notre malade, qu'il se montre de temps en temps de vraies poussées d'urticaire, évoluant pour leur propre compte, et sans que ceci change en rien les caractères de l'affection que nous étudions. Ces poussées durent de quelques minutes à deux ou trois heures, puis tout disparaît. Il semble que l'acné ortiée veuille ainsi montrer sa vraie nature urticarienne.

L'état général du malade n'offre rien de particulier à considérer, au moins au début de la maladie, mais il arrive un moment, où le malade, devant le peu de succès de la thérapeutique employée, commence à s'inquiéter de son état d'une façon excessive. Le prurit lui laisse peu de repos et le médecin ne peut y apporter qu'un soulagement momentané. Dans ces conditions le découragement est facile et les malades y arrivent vite ; il y a quelquefois une vraie tendance à l'hypochondrie, et l'on peut se rendre compte bien vite des troubles nerveux qui peuvent naître de cette affection lorsque le terrain sur lequel elle se développe est favorable. La marche, la durée de la maladie y prédisposent d'ailleurs volontiers.

L'acné ortiée, en effet, se montre par poussées successives. Une poussée peut évoluer quelquefois en deux ou trois heures, d'autres fois en huit à quatorze jours ; mais celle-ci est à peine terminée qu'une autre localisation se découvre par le prurit caracté-

ristique de l'affection. Devant cette marche par poussées successives le médecin est désarmé et le malade perd courage.

Que faire d'ailleurs contre une affection qui dure des années. Chez la malade de Bronson l'affection durait depuis vingt-six ans ; la malade de Lowenbach était atteinte depuis dix ans ; Waelsch de même nous offre un cas durant depuis quatre ans.

La malade que nous avons eu l'occasion d'étudier souffre depuis des mois, elle nous a quitté, très soulagée sans doute, mais nous ne pouvons dire qu'elle soit complètement guérie ; et peut-être dans quelque temps une nouvelle poussée l'obligera à revenir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La marche de notre affection prend donc tout de suite *une allure chronique*.

Et si l'on peut arriver à voir la fin d'une poussée nous ne croyons pas que l'on puisse dire que la maladie ne reparaitra jamais chez un malade.

On peut sans doute en dire autant de bien des affections, mais notre but en parlant ainsi est de montrer que la terminaison vraie et définitive de l'acné ortiée ne peut être indiquée d'une façon rigoureuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement, nous savons que la lésion cutanée de l'acné ortiée est une papule de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois, plus quelquefois ; et qui dans le cours de son évolution présente à son sommet une gouttelette de sérosité ; puis elle se recouvre d'une croûte, la lésion entrant en régression au-dessous de celle-ci. Finalement la croûte tombe et il reste à sa place tantôt une tache pigmentée ou bien une cicatrice pâle entourée d'un cercle de pigmentation. Ajoutons encore pour être complet qu'au moment où la croûte apparaît la papule se creuse légèrement en son milieu présentant des bords plus élevés et plus rouges et que l'élément repose sur une base indurée.

Fordyce a pu étudier les lésions histologiques de la peau, nous le suivrons dans sa description : L'examen microscopique, dit-il, a été fait par l'examen des trois papules de 4 à 5 millimètres de diamètre et comprenant complètement l'épaisseur de la peau et une portion du tissu sous-cutané. Elles étaient prises chacune à un stade différent de développement :

Premier stade. — Papule indurée : Elle n'a à ce

moment que 1 millimètre de diamètre, non infectée ; d'une élévation au-dessus du niveau de la peau peu appréciable, bien visible cependant et sensible à la palpation.

Deuxième stade. — Etat plus avancé de développement, plus large, l'épiderme superficiel en pleine voie de transformation.

Troisième stade. — Etat complet de développement : nécrose centrale complètement séparée des tissus sous-jacents, zone enflammée périphérique.

Fordyce put ainsi suivre la marche de la papule depuis son début jusqu'à la cicatrisation. Il fit des coupes qu'il colora tantôt à l'hématoxylène-éosine ou à l'eau picriquée. Ces coupes furent les unes longitudinales, d'autres transversales par rapport à la surface cutanée ; mais sans nous attarder à la technique et aux discussions relatées tout au long dans le mémoire original, nous nous contenterons seulement ici de résumer les conclusions de ce travail.

Au premier stade. — Fordyce trouve le^d stratum granulosum bien défini ; la couche de Malpighi ne présente aucune altération. Les vaisseaux sanguins des papilles et sous-papilles sont dilatés et entourés par places de leucocytes.

Les vaisseaux sanguins qui accompagnent les canaux sudoripares sont le siège d'une exsudation sanguine.

Le follicule pileux est intact, et il faut aller tout à fait dans la couche profonde du derme pour trouver une légère périfolliculite ; lésion secondaire à n'en pas douter. La lésion importante de ce stade est les

foyers inflammatoires siégeant autour des glomérules sudoripares.

Les glandes sébacées sont normales.

Au deuxième stade. — L'épiderme superficiel, avons-nous vu, est en pleine voie de transformation. Il y a de l'infiltration dans la portion papillaire et sous-papillaire du derme. On trouve en grand nombre des capillaires pleins de globules sanguins et entourés de masses denses de petites cellules, dont quelques-unes présentent des formes allongées comme si le processus « amenait la transformation en tissu conjonctif ».

Les parois des capillaires sont épaissies par une masse homogène, dans laquelle, ici et là, quelques noyaux et des matières granuleuses sont visibles.

Le follicule pileux est intact sauf au-dessus du bulbe où la gaine folliculaire interne et externe est infiltrée de petites cellules rondes.

La zone papillaire est surtout le siège des lésions. On trouve là des cellules en voie de désintégration, les cellules ont perdu leur caractère stratifié, elles apparaissent granuleuses, pas distinctes et, d'une façon générale, le noyau a disparu. Avec l'hématoxyline la portion infectée de l'épiderme se montre avec une teinte plus claire que les parties saines.

Au troisième stade. — L'étude devient plus difficile, surtout en ce qui concerne la masse nécrotique centrale, où l'on ne retrouve plus d'éléments organisés.

A l'entour de cette masse nécrotique on voit une

infiltration généralisée du derme par de petites cellules rondes particulièrement autour des vaisseaux ; à la limite de cette zone se trouve un amas considérable de débris granuleux et un certain nombre de globules rouges.

La couche cornée est épaissie, le *stratum granulosum* absent.

En résumé le résultat de l'examen microscopique semble montrer que la lésion débute par une infiltration de petites cellules autour des glomérules sudoripares situées au-dessous des follicules pileux.

Au commencement on constate plusieurs foyers d'inflammation qui se réunissent ensuite, produisant une infiltration généralisée du derme avec tendance à la dégénérescence centrale.

Quand l'infiltration approche de la surface, elle pénètre et désagrège l'épiderme superficiel le séparant des tissus adjacents.

La masse nécrotique centrale qui représente le dernier stade d'évolution du cas pathologique, se forme au-dessous de l'épiderme avec les tissus inférieurs du derme qui ont subi une dégénérescence particulière.

Lowenbach fit à son tour l'étude histologique du cas d'acné ortiée qu'il put observer. Nous ne reprendrons pas en détail son étude, nous nous contenterons de donner ici ses conclusions. Pour lui comme pour Fordyce la lésion principale a pour siège le corps papillaire, et l'inflammation gagne secondairement la peau provoquant la formation d'une vésicule

sous-épidermique, et l'œdème se localise alors avec une certaine régularité autour du follicule pileux.

Waelsch, à son tour, explique la nécrose centrale par suite de l'œdème périphérique, qui amène la compression des capillaires sanguins et lymphatiques.

Notre malade moins docile se refusa à toute biopsie ; nos recherches n'auraient sans doute fait que répéter les travaux de Fordyce et de Lowenbach ; en tous cas ces auteurs sont d'accord pour nous montrer dans chaque cas le follicule pileux absolument intact. L'étude anatomo-pathologique seule suffirait donc pour nous montrer que la maladie de Kaposi ne doit pas entrer dans le cadre des acnès, opinion qui se fait de plus en plus forte à mesure que l'on avance dans l'étude de cette affection.

DIAGNOSTIC

Nous connaissons déjà par la description clinique les caractères particuliers de l'acné ortiée. Nous savons que la maladie de Kaposi est caractérisée à sa période d'état par une éruption de papules roses pouvant aller jusqu'au rouge, reposant sur une base indurée ; par des vésicules pâles ou légèrement colorées reposant aussi sur une base d'induration légère et dont l'on peut faire sortir une sérosité pâle ; papules et vésicules se recouvrent ensuite d'une petite croûte brunâtre qui en tombant laisse une cicatrice blanchâtre à bords pigmentés ou simplement une tache pigmentée. Tous ces symptômes sont précédés d'un prurit violent avec sensation de brûlure qui pousse le malade à se gratter jusqu'au sang. La maladie évolue par poussées successives et prend tout de suite l'allure d'une affection chronique de longue durée. Ajoutons que dans le cours de l'affection on peut voir se développer chez le malade des poussées d'urticaire vraie.

Le diagnostic différentiel de l'affection sera à faire avec :

1° L'acné varioliforme ;

2° Les prurigos ;

3° Les dermatites polymorphes douloureuses chroniques ;

4° L'urticaire chronique.

L'*acné varioliforme*, dont nous nous occuperons tout d'abord est une acné spéciale, à évolution chronique, par poussées successives s'accompagnant de nécrose des tissus et laissant après elle, une cicatrice déprimée semblable à celle d'une pustule de variole. Si nous arrêtons là notre définition nous ne trouverions que des points de ressemblance avec l'acné ortiée : chronicité, marche par poussées successives ; cicatrice terminale varioliforme.

Mais notre définition n'est pas complète et nous voyons les différences en citant Sabouraud qui définit l'acné varioliforme : « une maladie chronique et paroxystique ayant les sièges d'élection de la séborrhée microbacillaire et caractérisée par des croûtes ombiliquées centrées par un poil... Son aspect spécial est constitué par la quantité de lésions élémentaires entièrement semblables entre elles, semées à distance les unes des autres sur une peau qui paraît saine ». Les symptômes d'ailleurs ne sont pas complètement les mêmes. La lésion élémentaire, *vésico-pustule*, et non papule comme dans l'acné ortiée, naît sur une région dont tous les pores contiennent le filament séborrhéique.

La vésico-pustule diffère aussi comme aspect de la papule de l'acné ortiée ; nous voyons, en effet, un *bourrelet* rosé ou rouge très peu volumineux entou-

rant une petite *lésion péripilaire* aplatie, ombiliquée au centre, d'un jaune blanchâtre, dont les dimensions grandissent peu à peu et atteignent à l'état de complet développement de 2 à 4 millimètres de diamètre. La partie centrale de l'élément éruptif se dessèche sans s'ouvrir à l'extérieur et se transforme peu à peu en une croûte noirâtre qui semble *déprimée et comme enchatonnée dans le bourrelet périphérique*.

Si, continuant la description classique, nous ajoutons que la croûte tombe fort lentement laissant en dessous d'elle une cicatrice indélébile d'abord d'un *rouge* assez vif, puis qui blanchit peu à peu, nous aurons montré, chemin faisant, les caractères différentiels entre l'acné *ortiée* et l'acné *varioliforme*.

Ajoutons enfin que, si l'acné varioliforme s'accompagne de prurit et de cuissons, ces symptômes sont loin d'avoir ici la même importance que, dans la maladie de Kaposi.

Le fait enfin, que les points de prédilection de l'acné varioliforme sont le front, les tempes, les limites antérieures du cuir chevelu, le nez, et les sillons naso-géniens ne peut avoir pour nous aucune valeur.

Si maintenant nous passons au diagnostic avec les prurigos nous voyons la difficulté augmenter. Nous ferons d'abord la description de ces affections (1).

Le prurigo simplex se développe de quinze à trente ans ; les deux sexes y sont également prédis-

1. Voir la *Dermatologie pratique* de Brocq pour plus de détails. Nous avons fait à ce livre de nombreux emprunts pour la rédaction de ce chapitre.

posés. Il se voit au printemps, en été, dans la première partie de l'automne, il est rare en hiver.

Les cas surviennent par séries ; les auteurs notent l'influence des sueurs abondantes, des écarts de régime.

Le début est d'ordinaire assez subit, par un certain état général des plus légers, une minime réaction fébrile, de l'anorexie, du malaise quelquefois ; mais presque toujours il y a intégrité parfaite de l'état général.

Début dans quelques cas par des éléments urticariens.

L'éruption débute d'ordinaire par les membres supérieurs, et en particulier par la face externe des avant-bras, autour des coudes, parfois au contraire elle envahit tout d'abord le cou, les membres inférieurs : parfois aussi il est impossible de préciser exactement les premières localisations : l'éruption semble alors se produire simultanément aux divers lieux d'élection.

C'est une dermatose monomorphe dont la lésion élémentaire caractéristique est une papule. C'est une petite saillie congestive rosée d'abord, pouvant devenir d'un rouge plus ou moins vif, nettement surélevé au-dessus des téguments et donnant au toucher la sensation d'une élévation solide.

Ses dimensions : moyenne tête d'épingle à celles d'une très grosse tête d'épingle, d'une petite lentille assez rare. Coloration varie du rose pâle au rouge plus ou moins vif.

La papule a la forme d'un cône tronqué et arrondi au sommet ; parfois aplatie, parfois légèrement hémisphérique, plus rarement tout à fait acuminée.

Quand elle est toute jeune, il est presque toujours possible en la regardant avec beaucoup d'attention d'apercevoir à son sommet une légère teinte blanchâtre opaline, laquelle prend parfois une coloration un peu jaunâtre.

Si on perce le sommet, on peut faire sourdre une très petite quantité d'un liquide transparent, mais pas une gouttelette.

Chez certains malades de vraies *papulo-vésicules*, parfois même le liquide devient, avec le progrès de l'évolution des éléments, franchement louche, quasi-purulent, et l'on se trouve en présence de papulopustules (rare), puis croûte adhérente dont les dimensions sont celles d'une moyenne ou d'une petite tête d'épingle, dont la coloration varie du jaune brunâtre au brun foncé.

Evolution d'un élément. — Six à huit jours.

Régions. — Face externe des membres, faces d'extension des avant-bras, les coudes vers l'olécrâne, les genoux vers la rotule, la face dorsale des mains et des doigts. Puis, cou, fesses, régions antérieures et postérieures du tronc, face dorsale, des pieds. Les surfaces de flexion sont moins prises. Les lésions sont disséminées ; les éléments éruptifs isolés les uns des autres.

Durée totale. — Deux semaines à deux mois.

Terminaison. — *Restitutio ad integrum*, récidives possibles.

Phénomènes subjectifs. — *Prurit pré-éruptif.* — Sensations plus ou moins vives suivant les uns, presque toujours intenses ; rarement continues elles présentent des périodes de calme complet ou relatif de quelques heures suivies d'exacerbations. Celles-ci se produisent surtout le soir et pendant la nuit ; parfois elles causent de l'insomnie et par leur violence sont intolérables : sensations de prurit, de piqûres, d'élanagements parfois de brûlures.

Phénomènes éruptifs concomitants. — Coïncidence relativement fréquente d'*éruptions urticariennes*.

Les auteurs se demandent ici si l'élément urticarien ne peut pas être considéré comme faisant partie intégrante de la dermatose ; le début se faisant souvent par une poussée d'urticaire vraie.

Ajoutons qu'il y a des *formes subaiguës* durant plusieurs mois ;

Des *formes chroniques*, présentant une grande intensité des symptômes morbides, persistant des années. On note dans ces cas une certaine accalmie pendant l'hiver avec recrudescence au printemps et l'été.

Il peut se produire de la *lichénification diffuse*.

Nous voyons bien après cette description que l'acné ortiée et le prurigo simplex sont deux affections différentes, mais nous nous rendons compte cependant que la maladie de Kaposi est plus près du prurigo que de l'acné varioliforme.

Dans les deux maladies nous avons affaire à une éruption papuleuse, vésiculo-papuleuse, quelquefois, ne différant que par la grosseur des éléments et par la localisation.

Dans les deux cas nous avons le même prurit pré-éruptif; la coïncidence d'éruptions urticariennes.

Dans l'acné oetée, il est vrai, il ne se produit pas de lichénification ni la restitution *ad integrum*; mais il faut avouer que lorsqu'on se trouvera en présence d'une forme subaiguë ou chronique il sera permis d'hésiter quelquefois.

Il en est de même pour la deuxième forme de prurigo que nous étudions maintenant : *le prurigo de Hebra*.

Nous savons parfaitement que les cas typiques débutent entre six et dix mois et évoluent ensuite d'une façon désespérante, mais nous citons ici cette affection parce que des cas rares, il est vrai, ont été signalés dans l'âge adulte.

Le début ici encore se fait par des éruptions urticariennes prenant ensuite l'aspect de papulo-vésicules.

Ce sont des élevures de la grosseur d'une très volumineuse tête d'épingle ou d'un petit pois, blanc rosé ayant souvent une aréole érythémateuse surélevée, présentant à leur sommet dès leur début, quand elles sont intactes, un petit soulèvement vésiculeux de l'épiderme, plus tard *petite croûte* d'un jaune brunâtre. Quand elles ont été excoriées elles se recouvrent d'une croûte noirâtre.

Il faut noter dans cette affection la tendance à

l'eczéma et l'augmentation d'intensité des lésions à mesure que l'on descend vers les jambes.

Nous répèterons ici ce que nous disions quelques lignes plus haut. Les deux affections sont différentes, mais combien peu éloignées l'une de l'autre. Nous avons même ici un élément de ressemblance de plus que dans le prurigo simplex : la papule se recouvrant d'une croûte.

Le diagnostic différentiel se fera cependant par la date de début de l'affection, la grosseur des papules, leur localisation et enfin la tendance à l'eczéma du prurigo de Hebra.

Avant d'arriver à l'urticaire nous dirons quelques mots maintenant des *dermatites polymorphes douloureuses*.

Les premiers symptômes de ces affections sont aussi des phénomènes douloureux (sensations de brûlures, de cuissons, de démangeaisons vives) plus ou moins intenses, souvent d'une extrême violence, assez forts même pour causer de l'insomnie, sensations généralisées à tout le corps, ou localisées aux endroits qui seront le siège de l'éruption. Ces symptômes précèdent l'éruption de quelques jours, de quelques heures ou bien l'accompagnent. Dans des cas rares ils n'apparaissent qu'après elle.

Les démangeaisons, d'une extrême intensité, rendent la vie insupportable aux malades. Parfois ce sont des sensations de chaleur et d'ardeur du côté des téguments, piqures d'abeilles, picotements, fourmillements, cuisson, brûlure, tension douloureuse.

C'est surtout au début que ces affections nous intéressent ici.

Les premières lésions cutanées peuvent prendre tantôt l'aspect érythémateux ; ressemblant plus ou moins à l'urticaire ; tantôt ce sont des élevures roses papuleuses, dures, circonscrites.

Mais le mode de développement symétrique aux membres supérieurs et inférieurs, à la partie antérieure de la poitrine, aux parties génitales, aux aines et aux parties voisines de l'abdomen, nous permet de différencier ces affections de l'acné ortiée ; la façon d'être ultérieure de l'affection nous éloignant ensuite tout à fait de la maladie de Kaposi.

Passons maintenant à l'étude de *l'urticaire*.

L'éruption urticarienne est caractérisée par deux éléments :

1° L'apparition plus ou moins rapide d'efflorescences et d'élevures rosées ou rouges, parfois décolorées au centre, ressemblant à des piqûres d'orties, évoluant d'ordinaire avec rapidité ;

2° Par des sensations de prurit, de brûlures, de cuisson, de chaleur, de picotement et de tension, qui accompagnent l'éruption ou pour mieux dire qui la précèdent.

Le premier symptôme de l'urticaire est une sensation de prurit, de cuisson, de brûlure très variable quelquefois intolérable ; le grattage provoque un soulagement momentané, mais sous le doigt naissent des élevures rouges de formes diverses, arrondies ou irrégulières, le plus souvent aplaties à leur sommet,

dures, saillantes, et formant des sortes de papules plus ou moins gigantesques.

Sans doute si nous nous en tenions là le diagnostic différentiel serait facile et il nous serait difficile de faire entrer la maladie de Kaposi dans le cadre des urticaires.

Il est certain que la confusion n'est pas non plus possible avec l'urticaire maculeuse qui ne présente que de simples taches érythémateuses ; avec l'urticaire gyratée, qui arrive par confluence de plusieurs macules urticariennes à former des dessins sinueux ; ni non plus avec l'urticaire porcelaine, ainsi qu'avec l'urticaire hémorragique dont les noms seuls suffisent à indiquer la différence.

Mais arrivons bien vite à des formes dont les symptômes cutanés se rapprochent beaucoup de l'acné ortiée.

C'est l'urticaire papuleuse de Neumann caractérisée par de petites élevures boutonneuses de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pois, entourées d'une aréole rouge et que le malade excorie.

C'est l'urticaire vésiculeuse ou bulleuse où le processus exsudatif est tel que la sérosité désagrège les cellules de la couche de Malpighi, et que la papule congestive de l'urticaire se surmonte d'un soulèvement vésiculeux ou bulleux d'abord transparent, puis purulent, enfin croûteux, si le malade ne l'excorie pas. L'urticaire vésiculeuse laisse souvent après elle des *pigmentations brunâtres*.

Si maintenant au lieu de l'affection aiguë nous con-

sidérons l'urticaire chronique, nous nous trouvons en présence d'une affection évoluant par poussées successives; et laissant après elle, sans qu'il soit besoin qu'elle arrive à l'évolution bulleuse, des pigmentations qui s'effacent difficilement et peu à peu.

Si nous ajoutons que chez notre malade à côté de l'élément acnéiforme il se trouvait des poussées d'urticaire vraie, nous croyons suffisamment justifiée notre idée de faire rentrer l'acné ortiée dans le cadre de l'urticaire.

Sans doute, comme le dit Brocq, l'urticaire n'est pas une dermatose bien définie, mais nous croyons que l'acné ortiée rentre symptomatiquement dans la grande classe des urticaires.

PRONOSTIC. — TRAITEMENT

L'acné orteiée n'est pas une maladie grave en elle-même, mais devant sa ténacité, devant le peu d'efficacité du traitement au point de vue d'une guérison définitive nous sommes obligé de lui indiquer un pronostic réservé. Une maladie où se développe un état nerveux pouvant aller jusqu'à l'hypocondrie ne peut être considérée à la légère.

Nous donnerons pour le traitement les nombreux moyens indiqués par les auteurs et ceux que nous avons employés nous-même.

Avant tout, comme dans bien des dermatoses, il faudra un traitement d'hygiène. Eviter les troubles digestifs et la constipation.

Le régime alimentaire sera surveillé.

Localement on pourra employer les lotions au sublimé, au chloral, à l'acide lactique. On pourra toucher les papules à la teinture d'iode, au bleu de méthylène.

Les grands bains seront toujours ordonnés : bains d'amidon ou bains de Barèges.

A l'intérieur Wolters a eu un succès par l'emploi de la quinine et de l'ergotine.

Notre malade a été très soulagée en prenant chaque jour des pilules ainsi formulées :

Ichtyol. 0 gr. 25

Menthol. 0 gr. 10

pour une pilule ; en prendre quatre chaque jour.

Le chlorure de calcium a aussi soulagé les malades.

On pourra encore donner à l'intérieur les alcalins, l'arséniate de soude.

Le bismuth à la dose de 3 à 6 grammes par jour a aussi été formulé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Waelsch. — *Archiv. für dermatologie und syphilis*, 1904, vol. LXXII, Heft 3, p. 353.)

M^{lle} E. P..., vingt-cinq ans. La malade se présente pour une affection de la peau extraordinairement prurigineuse qui s'était subitement développée il y a quatre ans au visage et à la nuque, à la partie supérieure du dos et de la poitrine et qui, par poussées répétées, avait jusqu'ici résisté à tous les moyens thérapeutiques.

Depuis quelque temps l'affection diminuait à un point tel que la malade espérait en être débarrassée ; mais après un court répit, une nouvelle poussée vint détruire cet espoir.

La maladie débuta il y a quatre ans au milieu de l'été. La malade avait toujours été bien portante jusque-là. Jamais la moindre affection de la peau. Elle avait dû au moment où débuta l'affection se forcer à un travail corporel et elle n'avait pu se ménager au moment des règles. Il s'installa alors une légère anémie et de plus un désordre des règles.

Simultanément la première atteinte de l'affection apparut au visage. Il se développa de légères papules roses et un insupportable prurit que le grattage calmait un peu ; du

sommet de ces papules écorchées s'écoulait une sérosité claire.

L'éruption se recouvrait alors d'une croûte légère sous laquelle se développait une suppuration légère le prurit existant toujours. Puis les pustules s'aplatissaient, le prurit disparaissait ; et à la place de cette éruption prurigineuse il restait alors une tache brunâtre ou une cicatrice légère à contour pigmenté. L'affection se localisait avec prédilection au front, au nez, au menton, un peu à la région inférieure des joues. Nous devons noter un gonflement de la glande sous-maxillaire gauche lors de la première localisation de l'affection au menton.

La malade décrit elle-même le début de l'affection de la façon suivante : A une place déterminée, tout d'abord un léger prurit attire son attention, prurit à ce moment supportable ; un léger frottement du doigt peut l'arrêter à ce moment. A la vue aucune lésion de la peau, au toucher localement une induration légère, qui augmente lentement. Petit à petit l'intensité du prurit devient intolérable. Alors sous l'influence du grattage apparaît avec rapidité la papule dont nous avons décrit plus haut les métamorphoses. Il est absolument impossible de résister au prurit lorsque les papules sont formées. A ma question : « Comment se conduit l'éruption si la malade ne se gratte pas ? La malade dit qu'il lui est impossible de répondre, le prurit étant à son point irrésistible qu'elle n'a pu, malgré un effort de volonté, résister au besoin de grattage.

La malade souffre de dysménorrhée. Les règles retardent chaque mois de huit à dix jours. Durée une semaine environ, avec douleurs de reins légères ; très abondantes. La

malade sort de ses règles très affaiblie, il lui faut quinze jours pour se remettre. Une semaine avant l'arrivée des règles, elle se sent fatiguée, brisée, elle a mal à la tête. Tout compte fait, elle se trouve bien une semaine entre deux époques menstruelles.

Garde-robes irrégulières. Appétit bon.

Etat présent. — Jeune fille d'aspect vigoureux, peau tendre et souple, chlorose évidente:

Au visage, au front, sur l'aile gauche du nez, au menton, des papules rosées, dures, surélevées, de la grosseur d'un pois et recouvertes d'une mince croûte. Au front éruption rosée bien moins infiltrée.

Au front, aux joues, au menton, cicatrices de la grosseur d'une lentille environ, pâles, entourées d'une pigmentation brune, à la joue gauche une tache pigmentée très brune de la dimension de 1/2 centimètre. A la nuque des cicatrices pâles. Entre les omoplates comme dans les régions sternales et claviculaires une éruption semblable à celle du visage. Dans le dos l'éruption est plus importante et de date plus récente. D'un côté l'éruption présente une perte de substance d'où sort un liquide séro-sanguinolent : de l'autre côté, au contraire, on voit des croûtes à leur place. Au visage pas de papules ou pustules d'acné ; on enlève de nombreux comédons du nez. A la peau du tronc et des extrémités on ne constate aucune altération pathologique, pas d'urticaire. La malade est en traitement depuis trois mois.

Applications glacées ; bains émollients et frictions. Grâce à cela on remarque un mieux réel. Les règles ne sont plus

aussi abondantes ni aussi longues ; la malade est beaucoup plus forte et se trouve mieux.

L'affection n'est pas à la vérité complètement guérie ; cependant les poussées sont moins fréquentes.

La poitrine et le dos sont indemnes. A la figure persistent seulement deux ou trois efflorescences, peu prurigineuses et qui n'ont pas été grattées.

OBSERVATION II

(Même auteur, même source.)

M^{me} W..., âgée de vingt-cinq ans. La malade présente actuellement une poussée violente à la face qui date de six mois.

Souffrante depuis trois ans sans interruption appréciable. Mariée depuis sept ans. Ne se rappelle pas le début exact de sa maladie ; mais sur interrogation le fait remonter à dix ans environ.

Elle ressentait déjà à cette époque de violentes démangeaisons sur la poitrine et cela durait à un degré moindre depuis sa jeunesse. Dans ces derniers temps l'affection s'était développée au visage.

Mère deux fois ; il y a cinq ans premier accouchement d'une petite fille vivante et bien portante ; il y a quatre ans enfant née au huitième mois, mort peu de temps après sa naissance. Depuis son deuxième accouchement les règles sont irrégulières — intervalles de six à huit semaines — et douloureuses. La malade fut soignée à ce moment et resta en traitement pendant un an. Les règles étaient redevenues régulières.

L'affection de la peau rétrogradait. Mais au bout de six mois, réapparition de l'affection cutanée dans le même temps où les règles redevenaient douloureuses et irrégulières — toutes les cinq à six semaines environ, et elles furent particulièrement abondantes.

Auparavant la malade était bien portante sauf une éruption furonculaire il y a un an.

L'affection au visage est le siège d'une forte démangeaison et malgré tous les soins la patiente se voit forcée de gratter son éruption. « Elle s'arrache, comme dit son mari, de vrais morceaux de chair avec ses ongles. » D'après nos renseignements, le prurit diminue lorsque l'éruption commence à saigner. La façon dont débute le prurit n'est pas toujours la même, mais si alors elle touche la région prurigineuse, le développement est rapide et il naît une papule dure, insupportable qui provoque la démangeaison. Si elle a seulement touché l'efflorescence il se produit du pus. L'appétit est bon ; les fonctions intestinales régulières.

Etat présent. — Chlorose certaine, au visage beaucoup d'éphélides, pas d'acné. Les efflorescences de la maladie de la peau, pour laquelle elle est venue me consulter sont néanmoins répandues sur la figure. Une grosse surtout sur le bout du nez et au milieu du menton. On peut voir tous les différents stades de développement.

La plus grande partie de celles-ci ont la forme d'une excoriation de la grosseur d'un pois recouvertes de petites croûtelles sanguinolentes ; les autres légèrement surélevées au centre sont rouges et dures d'une circonférence de $\frac{3}{4}$ à 1 centimètre. Les unes sont écorchées et la peau présente tout autour des altérations ; leur base est infiltrée.

Les dernières efflorescences apparues, préservées de tout grattage à force d'attention, présentent des papules légèrement surélevées rouges et dures. Entre celles-ci et celles qui ont été grattées, on voit des cicatrices blanchâtres entourées d'un cercle brunâtre ou des taches légèrement pigmentées. Le cou est libre. Dans le dos des taches comme au visage. Les dernières sont très nombreuses dans le voisinage des deux seins, et sont entourées d'une couronne de petites taches pâles et pigmentées ; quelques efflorescences fraîchement gratées se trouvent placées au centre et recouvertes d'une croûte sanguine.

Ailleurs, sur le corps, aucune altération de la peau sauf quelques *lichen pilaris* sans gravité.

Sur les côtés des extrémités supérieures pas d'*urticaire factitia*.

Traitement. — Les moyens qui apaisent les démangeaisons et les excitations.

Guberquelle s'est montrée jusqu'à maintenant sans effet.

Si cependant une autre thérapeutique peut faire quelque effet, l'avenir nous l'apprendra.

OBSERVATION III

(Lowenbach. — *Archiv. für dermatologie und Syphilis*, XLIX, 1899, n° 1, p. 29.)

A. K..., fourreur, né à Würzburg, âgé de trente-cinq ans. vint pour la première fois à la consultation externe le 2 août 1895, souffrant depuis quelque temps d'une maladie prurigineuse de la peau, dont aucun des médecins consultés jusqu'ici n'a pu le soulager.

Antécédents héréditaires. — Son père vit et est bien portant. Sa mère toujours bien portante, mourut en 1877 d'hydroisie. De douze enfants, onze sont morts en bas âge de maladies inconnues du malade, un frère vit fort et bien portant. Pas de maladies de peau dans la famille. Enfant le malade fut toujours d'une complexion très faible. Il n'a jamais eu de maladie de peau et il nie toute mauvaise maladie. Il boit et mange avec gros appétit. En 1887, il se développa chez lui un goitre qui amenant de la difficulté respiratoire l'obligea à se faire opérer.

Depuis lors il a fait un séjour de six semaines à l'hôpital en 1895 pour un fistule anale.

En 1888 il fut atteint de gale et fut soigné avec du baume du Pérou par un médecin de Würzburg ; la gale disparut. Le malade pense avec raison que la maladie qui débuta peu après n'avait rien à voir avec sa gale.

Depuis dix ans sa maladie dure et il a consulté en différents endroits différents médecins sans être soulagé en quoi que ce soit. Il vient à la clinique à intervalles plus ou moins rapprochés depuis trois ans, il a été aussi dans d'autres cliniques de Berlin et dans chaque endroit différent il eut un diagnostic différent. Malgré tous les moyens thérapeutiques externes il n'eut aucun soulagement. Pendant l'hiver, il eut une rémission spontanée de quatre semaines environ, mais après les symptômes reparurent avec une nouvelle violence. Le malade tomba dans une grande dépression morale. Au commencement de 1897, il souffrit d'un catarrhe bronchique qui le retint assez longtemps à l'hôpital.

Etat présent au 20 novembre 1898. — Le malade est un homme petit, frêle et anémique ; il porte une cicatrice reli-

quat de son opération de goitre longue de 8 centimètres. La respiration est normale au poumon droit ainsi qu'à la partie inférieure du poumon gauche. Au sommet du poumon gauche il y a de l'affaiblissement du murmure respiratoire et de petits râles.

Rien d'anormal au cœur, l'appétit et la digestion normaux.

Ni albumine, ni sucre, ni indican dans les urines. En aucun endroit du corps on ne trouve une infiltration de ganglions lymphatiques.

L'affection cutanée est localisée sur l'étendue des deux avant-bras, le bras gauche, sur la région axillaire des deux côtés, sur les régions sous-claviculaires, le cuir chevelu et le front, dans le dos le long de la colonne vertébrale jusqu'au coccyx, surtout autour de l'anus, aux deux régions inguinales et aux genoux.

A ces places on trouve de petites taches pâles ou légèrement teintées ; des papules petites mal délimitées et légèrement indurées. Avant toute éruption le patient ressent déjà un insupportable prurit à tel point qu'il doit se gratter avec ses ongles ou tout autre moyen à sa portée. Après l'éruption papuleuse le prurit n'est pas plus fort, mais encore suffisamment violent pour provoquer chez le malade le besoin de se gratter. Non grattée la papule grossit lentement et arrive au double de sa grandeur primitive (de 3 à 5 millimètres à 6 à 12 millimètres).

Les parties périphériques sont alors légèrement rouges, indurées, en relief, le centre est beaucoup moins rouge, plus déprimé qu'au début. Au centre on voit une gouttelette séreuse qui se dessèche et forme une petite croûte. Sous

celle-ci la papule s'affaisse encore plus au bout de quelques jours.

Sous la diminution du prurit la croûte tombe et alors apparaît une cicatrice blanche quelque peu creuse et desquamant légèrement, au bout de quelques jours elle est blanchâtre. Les lésions de grattage peuvent amener au sommet de la papule une croûte sanglante ou purulente, mais dans ce cas aussi la cicatrisation se produit quoique retardée. (*Lowenbach entre ensuite dans l'étude anatomo-pathologique.*)

OBSERVATIONS · IV et V (Résumées)

(Touton)

a) *Une institutrice* présentait sur le visage et sur le front une éruption de taches blanches ou pigmentées dont la grosseur allait depuis celle d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 20 pfennigs. On voyait aussi des croûtes sanguinolentes provenant de grattages. Quelquefois Touton vit une papule pâle et petite et l'affection était à ce point prurigineuse que le malade ne trouvait du repos qu'en se grattant jusqu'au sang. Il n'y avait aucun stigmatisme hystérique.

b) *Homme* de trente-deux ans anémique, dyspeptique et constipé ; pas complètement indemne de toute tare psychique. La maladie s'est localisée à la tête. On pouvait à peine voir la première éruption, mais bientôt elle se présenta mieux et l'érosion se recouvrit de croûtes superficielles de la rondeur de 1 pfennig. Le malade fut amené à consulter à cause de son invincible prurit le mettant dans une rage telle qu'il enlevait toujours la croûte superficielle qui se formait.

OBSERVATION VI

(Baum. — *Dermatologische Zeitschrift*, 1904, p. 422.)

Cette malade (1), Charlotte P..., âgée de dix-huit ans, souffre de cette éruption depuis le commencement de novembre, et elle vint à cause de ces violentes démangeaisons se confier à nos soins fin novembre.

A l'examen des urines on trouva de l'albumine et des cylindres granuleux. On porta le diagnostic de néphrite parenchymateuse et on institua le régime. Déjà après quelques jours la démangeaison diminua sans aucune médication interne, il n'y avait plus d'albumine dans les urines et plus aucun cylindre. Puis après quelques jours, on retrouve de notables quantités d'albumine et la patiente souffre de nouveau plus fort de démangeaisons particulièrement aux jambes.

On voit maintenant sur la poitrine la région dorsale et les extrémités les efflorescences caractéristiques de cette maladie.

Les unes en petit nombre sont de petites papules dont le sommet est légèrement excorié, d'autres sont recouvertes d'une petite croûte, d'autres enfin taches pigmentaires, qui, en de nombreux endroits, présentent une cicatrice centrale grosse comme une tête d'épingle et très vivement colorée.

La caractéristique de cette maladie est en outre le prurit violent qui est si fort que la malade excorie son éruption d'où la forte infiltration de certains éléments après un certain

1. Présentation à la Société dermatologique de Berlin.

temps et la guérison en certains endroits avec une cicatrice pigmentée.

Avec le régime, institué pour la néphrite parenchymateuse on nota une amélioration des symptômes de néphrite et aussi une amélioration des symptômes cutanés. De même aggravation des mêmes symptômes avec l'augmentation de l'albumine.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de notre maître le Dr Balzer.)

Il s'agit d'un homme, M. X..., sujet nerveux et impressionnable.

L'affection débuta il y a onze ans après un accident vénérien insignifiant.

Depuis le malade a présenté une urétrite bactérienne égère qui l'a exclusivement préoccupé pendant longtemps. Il est séborrhéique et l'on peut voir des orifices glandulaires dilatés sur les joues.

L'éruption présente des éléments peu nombreux très disséminés et espacés.

Le siège principal est au cuir chevelu et à la face on trouve aussi quelques éléments, mais en moins grand nombre à la région sternale, aux épaules, sur le tronc, la face interne des cuisses.

L'éruption est représentée par une papule dure, saillante, peu prurigineuse au début puis le devenant sous l'influence du grattage ; puis la papule s'excorie et conserve son induration. Au cuir chevelu les cheveux sont arrachés à sa sur-

face ou coupés par les ongles. On voit de petits espaces alopéciques qui montrent la papule excoriée plus ou moins saillante et dure. Quelquefois la papule peut se recouvrir d'une légère squame ou se pigmenter.

La résolution définitive est très lente.

Sur le tronc ou les membres, on voit la même papule rouge, surélevée, dure, indurée à la base. Le prurit pousse le malade au grattage, la papule excoriée se recouvre d'une croûte; puis celle-ci tombe et il reste finalement une pigmentation et une cicatrice dure durant très longtemps.

La ténacité de l'affection et la longue durée de l'éruption est remarquable.

L'état général est bon. Les fonctions digestives sont en apparence satisfaisantes.

Le malade se préoccupe d'une façon excessive de son état; quelquefois à propos d'un ou deux boutons seulement.

Tendance hypocondriaque, presque phobique. Découragement facile.

Il n'a pas été constaté de poussée d'urticaire commune.

Traitement. — *Local*: teinture d'iode, lotion au sublimé, acide lactique, chloral. Pommade au tanin et soufre; lotion quinine à 5 0/0. Attouchements au bleu de méthylène; pommade au précipité blanc 5 0/0. Savon soufré de Vigier. Iodo-phéno-chloral en attouchements. Bleu de méthylène et iode en attouchements.

A l'intérieur: Ichtyol et menthol. Alcalins. Bismuth, 3 à 6 grammes. Levures; staphylases. Arseniate de soude. Chlorure de calcium.

OBSERVATION VIII (Inédite, personnelle)

Marthe Marie H..., trente-sept ans, femme de chambre entre le 19 juin 1907 salle Alibert, lit n° 29 (hôpital Saint-Louis).

INTERROGATOIRE DE LA MALADE

Antécédents héréditaires. — Père mort : affection aiguë à trente-six ans. Mère bien portante. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a eu la rougeole à vingt et un ans ; présente un léger goitre, a eu il y a deux ans une grippe assez sérieuse. Elle est d'une nervosité extrême. Réglée à treize ans et demi, n'a jamais présenté de troubles menstruels.

Dès l'âge de dix-neuf ans la malade raconte avoir eu de gros boutons rouges sur la figure ; ces boutons apparaissaient et disparaissaient sans que la malade ressente la moindre démangeaison. L'élément évoluait au dire de la malade en un mois, six semaines. Ces éléments étaient si nombreux qu'ils recouvraient toute la face et que la malade en était absolument défigurée. Sauf au milieu de l'été et en hiver la malade était continuellement sous l'influence de cette affection.

Pendant quelques années la maladie reste localisée à la figure, ensuite la maladie s'étend aux bras, à la nuque empiétant sur la partie supérieure du dos.

Il y a un an l'affection sans abandonner les régions du

corps déjà nommées s'étend aux fesses, à la face postéro-externe des cuisses ; les éléments sont plus gros que ceux observés précédemment.

Il y a deux mois, un nouvel élément entre en scène c'est le prurit, absolument intolérable surtout la nuit ; dans la journée la malade est plus calme sauf lorsqu'elle se remue par trop ou bien si son attention est attirée vers son affection.

Elle est déjà venue à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le vendredi 10 mai après-midi.

Le diagnostic porté par le médecin consultant est : prurigo ancien. On donne la solution arsenicale et six bains de Barèges.

Elle revient quinze jours après un samedi et l'on croit encore à un prurigo chronique.

A quelque temps de là elle revient un mardi matin à la consultation de notre maître le Dr Balzer qui la fait entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Aux bras : région deltoïdienne et à la face antérieure des avant-bras on voit des papules arrondies rouge sombre reposant sur une base légèrement indurée ; quelques-unes recouvertes de croûtelles consécutives au grattage, d'autres sont en voie d'extinction.

Sur le thorax il n'y a actuellement aucune papule visible, on n'aperçoit que quelques taches pigmentées.

Dans le dos, sur les omoplates, quelques papules rouges, une présente très nettement à son sommet une légère gouttelette de sérosité qu'une pression un peu forte fait éclater à l'extérieur.

A l'abdomen, aux cuisses, à la région fessière les éléments sont en voie de régression (il ne faut pas oublier que cette

observation est prise la malade prenant des bains et suivant un traitement depuis un mois déjà).

A la face les éléments sont bien plus nombreux, ce sont toujours des papules dont les plus petites ont la grosseur d'une lentille, légèrement rouges, et indurées à leur base. Pas une n'est tout à fait intacte et la malade ne cesse de se gratter même pendant que nous l'examinons.

La malade raconte qu'il apparaît de temps en temps sur sa peau de grosses « cloques » blanches qui bombent, dit-elle, et qui disparaissent au bout de cinq à dix minutes sans laisser de traces. Nous n'avons pas eu le plaisir jusqu'ici de constater par nous-même une de ces poussées urticariennes.

Traitement. — Trois bains d'amidon par semaine.

A l'intérieur solution alcaline et pilules à l'ichtyol et menthol, quatre par jour.

1^{er} juillet 1907. — Nous constatons au pli du poignet gauche une couronne d'éléments ortiés qui durent environ un quart d'heure.

La malade sort de l'hôpital au moment des fêtes du 14 juillet, très améliorée.

Elle revient nous voir le 27 décembre 1907, pour une nouvelle poussée de papules à la face qui dure depuis trois semaines. Les éléments ont toujours les mêmes caractères et la malade s'est grattée terriblement.

Elle ne veut pas entrer à l'hôpital et repart avec une ordonnance où on lui donne à prendre du chlorure de calcium. Nous ne l'avons pas revue depuis (1).

1. Quatre cas ont été vus par M. Brocq. Nous n'avons pu en retrouver les observations ; nous ne savons pas d'ailleurs si elles ont été publiées.

RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS

L'acné ortiée mérite donc une description spéciale parmi les maladies de la peau.

1^o Cette affection avant tout symptôme objectif se révèle par un prurit violent, avec sensation de brûlure, qui pousse le malade à se gratter « jusqu'au sang ».

2^o La lésion cutanée apparaît ensuite et se caractérise :

a) Par une éruption papuleuse légèrement teintée rose à base indurée ;

b) Par des vésicules pâles ou légèrement colorées reposant sur une base d'induration légère et d'où l'on peut faire sortir une sérosité pâle ;

c) Papules et vésicules se recouvrent ensuite d'une petite croûte brunâtre qui en tombant laisse une cicatrice blanchâtre à bords pigmentés ou simplement une tache pigmentée ;

d) On peut quelquefois noter une desquamation furfuracée discrète après la chute de la croûte recouvrant la papule ou vésicule ;

e) Ces lésions amènent une nécrose superficielle de l'épiderme et du corps papillaire.

3° L'affection se localise surtout au visage, front, nez, menton, région temporale, cuir chevelu.

4° On l'a observé aussi aux bras et avant-bras, aux genoux, au dos, le long de la colonne vertébrale ; aux régions axillaire, sous-claviculaire inguinale, péri-anale.

5° La maladie évolue par poussées successives d'une durée de deux à quatre jours pouvant aller jusqu'à huit à seize jours.

Quelquefois les poussées sont subintrantes.

6° L'affection est de longue durée, et l'on peut voir après des périodes de répit assez longues le malade revenir avec une nouvelle poussée.

7° Le traitement à instituer est avant tout un traitement d'hygiène ; sans cependant négliger les moyens thérapeutiques capables de combattre le violent prurit qui caractérise cette affection.

8° Certains auteurs classent cette affection parmi les acnés (Kaposi, Bronson, Kreibich). D'autres lui reconnaissent une parenté plus grande avec l'urticaire :

a) Erhmann (urticaire par auto-intoxication) ;

b) Touton (urticaria necroticans) ;

c) Jarisch (urticaire gangréneux).

d) Lowenbach ne conclut pas, trouvant à cette affection des caractères communs avec l'urticaire chronique et l'acné varioliforme ;

e) Waelsch au contraire propose le nom d'urticaire chronique récidivante avec nécrose superficielle par troubles circulatoires.

9° A notre tour nous pensons que la maladie décrite par Kaposi se rapproche bien plus de l'urticaire que de l'acné.

Nous proposerons donc de la placer dans le cadre des urticaires et nous acceptons volontiers pour notre compte le nom donné par Waelsch à cette affection : « d'urticaire chronique acnéiforme récidivante avec nécrose superficielle par troubles circulatoires ».

Vu : le président de la thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Baümer. — Archiv. für. dermatol. und Syph., XXXIV,
s. 4.

Besnier, Brocq, Jacquet. — Pratique dermatologique.

Bæck. — Archiv. für. Dermat. und Syphilis, 1889.

Brocq (L.). — Dermatologie pratique.

Bronson. — Acné ulcérans. Journal of cutaneous and genito urinary diseases, 1891.

Dermathologische Zeitschrift, 1904, p. 422.

Ehrmann. — Handbuch der Hautkrankheiten.

Fordyce. — Journal of cutan. and genito urinary diseases,
1891, s. 128.

Gaucher. — Leçons sur les maladies de la peau.

Gebert. — Archiv. für. dermat. und. Syphilis, XLI, 92.

Gottheil (W.-S.). — Acne keratosa. J. Am. med. Ass. Chicago, 1904.

Grunewald. — Monatshefte für prakt. dermatol., 1885,
s. 81.

Havas. — Acné varioliformis Hebra, acne necrotica Bæck.
Pest. med. chirurg. Presse, Buda-Pesth, 1905,
XLI, 158.

Hallopeau et Krantz. — Sur un second cas d'une nouvelle
variété d'éruption acnéiforme de la face. Paris,
1905, XVI.

- Hallopeau et Lerredde.* — Traité de Dermatologie.
- Hartmann.* — Sur une dermatose à forme urticariene
Archiv. für dermat. und Syphilis, t. LXIV, p. 381.
- Isaac.* — Archiv. für dermat. und Syph., XXIII, s. 1003.
- Jeanselme.* — L'acné. Variétés. Traitement. Méd. moderne,
1905, p. 217.
- Journal* des maladies cutanées et syphilitiques, 1904.
- Kaposi.* — Hautkrankheiten 4 Auflage, 1893, s. 530.
— Archiv für dermat. und Syph., 1894, XXVI.
- Kreibich.* — Ueber urticaria chronica. Archiv. f. dermatol.
und Syphilis, 1899.
- Leloir-Vidal.* — Traité descriptif des maladies de la peau,
p. 23.
- Lowenbach (G.).* — Ueber acné urticata. Archiv. für dermat.
und Syph., 99, XLIX, 29.
- Pick.* — Archiv. für dermat. und Syphil., 1889.
- Quinquand.* — Annales de Dermat. et Syph., 1893, p. 859.
- Raymond.* — L'urticaire pigmentée. Thèse de Paris, 1888.
- Savornin.* — Des acnés symptomatiques. Thèse de Paris,
1903.
- Sangster.* — Clin. soc. transactions, XI, s. 161,
- Schütz.* — Münchener med. Wochenschrift, 1895, n° 34.
- Tennesson-Lerredde.* — Annal. dermat. et syph., 1896.
- Tennesson.* — Sur une variété d'acné non décrite. Soc. de
Dermatol., 1895, p. 218.
- Touton.* — VI Congress der deutschen dermatol. Gessells-
chaft., 1898.
- Unna.* — Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894, p. 23.
- Waelsh (S.).* — Sur l'acné ostiée. Archiv. für dermat. und
Syph., t. LXXII, p. 349.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION.....	7
HISTORIQUE. — DÉNOMINATION.....	9
ÉTUDE CLINIQUE.....	11
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	18
DIAGNOSTIC.....	23
PRONOSTIC. — TRAITEMENT.....	34
OBSERVATIONS.....	37
RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	56
TABLE DES MATIÈRES.....	58



